**BỆNH ÁN**

1. **HÀNH CHÍNH**

Họ tên: Bùi Mạnh C Giới tính: Nam

Năm sinh: 1949 (73 tuổi)

Địa chỉ: CMT8, quận 10, TPHCM

Ngày nhập viện: 26/04/2022

Số giường: Khoa: Nội tiêu hóa BV ĐHYD

1. **LÍ DO NHẬP VIỆN:** lơ mơ

1. **BỆNH SỬ**

Cách nhập viện 1 ngày bệnh nhân ngủ nhiều ban ngày, đêm khó ngủ

Ngày nhập viện, bệnh nhân ít nói chuyện, tiếp xúc chậm vã mồ hôi và lú lẫn (A Luân kêu không nên dùng lú lẫn nên miêu tả rõ là nhớ sai) nhẹ sau đó bệnh nhân không đáp ứng khi lay gọi, lơ mơ -> Nhập viện ĐHYD

Trong quá trình bệnh, không ăn uống kém, không sốt, không ho, không đau ngực, không khó thở, không đau bụng, không nôn, không buồn nôn, tiêu tiêu phân vàng – nâu sệt 5-6 lần/ngày, tiểu 3-4 lần/ngày lượng 100 ml, không té ngã, chấn thương, không yếu liệt, không nói khó, không khát nước.

Tình trạng lúc nhập viện:

* GCS 13 điểm, E4M6V3
* Da niêm hồng
* Không phù
* Mạch đều, rõ
* Sinh hiệu:

Mạch: 80 lần/phút Nhiệt độ: 37oC

Huyết áp: 110/60 mmHg Nhịp thở: 18 lần/phút

SpO2 98%

* Tim đều
* Phổi không rale
* Bụng báng không điểm đau khu trú
* Cổ mềm, không yếu liệt

Diễn tiến sau nhập viện

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc chậm, GCS 15 điểm

1. **TIỀN CĂN**
2. **Bản thân**

* Ngoại khoa: chưa ghi nhận tiền căn ngoại khoa trước đây
* Nội khoa:
* THA 15 năm nay, HA dễ chịu 120-130 mmHg, HA cao nhất 160 mmHg, chưa từng nhập viện vì cơn tăng huyết áp
* Đái tháo đường 10 năm đang điều trị với Insulin S 13UI – C 10UI, đường huyết bình thường trước ăn 120-130 mmg/dL
* U gan 4 năm được chẩn đoán tại BV 115 (khám sức khỏe tổng quát): bệnh nhân tự điều trị thuốc nam
* Xơ gan Child – Pugd B – Dãn TM thực quản độ II – Bệnh não gan – Bệnh thận mạn (creatinin lúc xuất viện 1,42 mg/dL)- THA- ĐTD – Theo dõi HCC đa ổ- Nhiễm Covid 19 cách 1 tháng được chẩn đoán tại BV ĐHYD: nhập viện vì lú lẫn, bụng to
* Đang điều trị: Amlodipine 5 mg 1 viên, Silymarin 140 mg, Carevedilol 12,5 mg 0,5 v x 2, Lactulose 1 gói x 2
* Dị ứng: bị viêm mũi dị ứng, chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn
* Rượu bia: sử dụng ít 1, trước bệnh uống 1 – 2 lần/ tháng mỗi lần 30-40 g cồn
* HTL: không
* Ăn uống: mỗi ngày 3 cữ, mỗi cử 1 chén cơm kèm rau củ - cá
* Chưa chích ngừa cúm, phế cầu, viêm gan siêu vi

1. **Gia đình:** chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý ung thư, viêm gan siêu vi.
2. **LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN  15/03/2022**

* Tim mạch:  không đau ngực, không hồi hộp đánh trống ngực
* Hô hấp: không ho, không khó thở
* Tiêu hóa: bệnh nhân không đau bụng, không nôn-buồn nôn, đi tiêu phân vàng 4 lần
* Tiết niệu: tiểu bình thường, không đau, không gắt buốt, nước tiểu vàng trong
* Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt
* Cơ, xương, khớp: bình thường
* Không sốt

1. **KHÁM LÂM SÀNG: N2 sau nhập viện**

1. **Tổng quát:**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, GCS 15 điểm.
* Sinh hiệu:

Nhiệt độ: 37oC Nhịp thở: 18  lần/phút

Huyết áp 120/60 mmHg  Mạch 76 lần/phút

* Da niêm hồng
* Thể trạng béo phì độ 1
* Cân nặng:  57 Kg
* Chiều cao: 155 cm
* BMI: 23,7 kg/m2
* CRT < 2s , chi ấm
* Vàng da, củng mạc mắt
* Mảng xuất huyết rải rác 2 tay
* Lòng bàn tay son
* Không ngón tay dùi trống, không dấu sao mạch
* Không phù
* Không dấu mất nước

1. **Khám từng vùng**

* **Đầu mặt cổ**
* Cân đối, không biến dạng.
* Tuyến giáp không to.
* Khí quản không lệch.
* Tuyến mang tai không to.
* Hạch cổ không sờ chạm.

* **Ngực:** cân đối, di động đều khi thở, không co kéo cơ hô hấp phụ, không sẹo mổ cũ
* **Tim mạch**
* Mỏm tim ở khoang liên sườn V trên đường trung đòn trái, diện đập 1x2 cm2.
* Không ổ đập bất thường, dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-), rung miêu (-)
* Nhịp tim đều 80 lần/ phút.
* T1, T2 đều rõ, không tiếng tim bất thường , không có âm thổi
* **Phổi**
* Rung thanh đều 2 bên
* Gõ trong 2 phổi
* Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường
* Không ran phổi
* **Bụng**
* Bụng to, bè sang 2 bên, không tuần hoàn bàng hệ, không sẹo mổ cũ
* Dấu sóng vỗ (+), gõ đục vùng thấy (+)
* Nhu động ruột 5 lần/phút
* Bụng mềm, không điểm đau khu trú
* Gan, lách không sờ chạm
* Chiều cao gan 8 cm
* Thận: chạm (-)
* **Thần kinh:**
* Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị
* Run vẫy (-)
* Đồng tử 2 bên 3 mm, PXAS (+)
* Sức cơ tứ chi 5/5
* Phản xạ gân cơ tứ chi ++
* **Cơ xương khớp:** không yếu liệt chi, không đau nhức cơ, không giới hạn vận động

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN**

Bệnh nhân nam, 73 tuổi nhập viện vì lơ mơ, bệnh 2 ngày

Triệu chứng cơ năng:

* Thay đổi chu kì giấc ngủ
* Lơ mơ
* Ăn uống kém, tiểu ít 400 ml, tiêu 5-6 lần/ngày

Triệu chứng thực thể

* GCS 13 điểm E4M6V3
* Vàng da, lòng bàn tay son, mảng xuất huyết rải rác 2 tay
* Báng bụng lượng nhiều

Tiền căn

* Xơ gan Child B – Theo dõi HCC
* THA – ĐTD type 2
* BTM

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. Rối loạn tri giác cấp tính
2. Tiểu ít
3. Xơ gan Child B – Theo dõi HCC
4. THA – ĐTD - BTM

1. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:**

Hạ đường huyết – Xơ gan Child Pugh B – Theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, tổn thương thận cấp – Xơ gan Child Pugh B – Theo dõi HCC – Theo dõi tổn thương thận cấp trước thận- BTM giai đoạn 3– THA – ĐTD type 2

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

1. Bệnh não gan độ III – YTTD Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, tổn thương thận cấp – Xơ gan Child Pugh B – Theo dõi HCC – Theo dõi AKI trước thận- BTM – THA – ĐTD type 2
2. Đột quỵ ngày 2 – Xơ gan Child Pugh B – Theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, tổn thương thận cấp – Xơ gan Child Pugh B – Theo dõi HCC – Theo dõi AKI trước thận – BTM giai đoạn 3 – THA – ĐTD type
3. Hôn mê tăng đường huyết – Xơ gan Child Pugh B – Theo dõi viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát – Xơ gan Child Pugh B – Theo dõi HCC – Theo dõi tổn thương thận cấp trước thận- BTM giai đoạn 3 – THA – ĐTD type 2

1. **BIỆN LUẬN**
2. **Rối loạn tri giác**

* Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng không đáp ứng với lay gọi, kích thích nhiều lần nhập viện khám ghi nhận GCS 13 điểm -> lơ mơ

**Các nguyên nhân gây tình trạng trên bệnh nhân này:**

* Hạ đường huyết: bệnh nhân ăn uống kém 2 ngày nay nhưng vẫn sử dụng Insulin, lâm sàng ghi nhận có vã mồ hôi là triệu chứng của cường giao cảm, bệnh nhân có tiền căn xơ gan nên dự trũ glycogen kém nên dễ hạ đường huyết -> nghĩ nhiều
* Đột quỵ: khám lâm sàng không ghi nhận dấu thần kinh định vị bệnh nhân nhập viện với tình trạng lơ mơ cấp tính, có mảng xuất huyết nên có thể bị nhân bị rối loạn đông máu gây xuất huyết não nên không loại trừ
* Bệnh não gan: bệnh nhân nhập viện không có tiền hôn mê gan (nói nhảm, kích động, khám không tăng trương lực cơ, không tăng phản xạ gân xương tuy nhiên có tình trạng thay đổi chu kì giấc ngủ sau đó nặng dần thành lơ mơ, lú lẫn đồng thời bệnh nhân tiểu ít và đi tiêu nhiều lần nên nghĩ yếu tố thúc đầy là tổn thương thận cấp và/hoặc viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.
* Hôn mê tăng đường huyết: bệnh cảnh thường kéo dài vài ngày đến vài tuần, lâm sàng không ghi nhận tình trạng mất nước, không đau bụng, không thở kiểu Kussmaul, tuy nhiên một số trường hợp biểu hiện lâm sàng không đầy đủ nên không loại trừ
* Rối loạn điện giải: bệnh nhân không có triệu chứng nôn, buồn nôn, yếu cơ, chuột rút trước khi lơ mơ nên không nghĩ rối loạn điện giải là nguyên nhân gây tình trạng lơ mơ
* Hội chứng ure huyết cao: thường xảy ra trên bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn cuối, khám lâm sàng không ghi nhận co đồng tử, không thở Kussmaul nên không nghĩ
* Viêm màng não: không sợ âm thanh, không sốt, khám lâm sàng không ghi nhận dấu màng não, không dấu tăng áp lực nội sọ nên không nghĩ
* Ngộ độc: bệnh nhân không sử dụng độc chất, không sử thuốc an thần nên không nghĩ
* Chấn thương não: không ghi nhận tiền sử chấn thương, khám lâm sàng không ghi nhận các dấu hiện chấn thương vùng đầu nene không nghĩ.

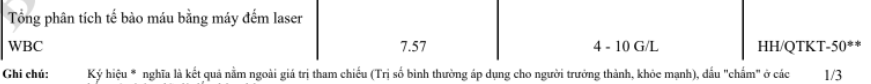
1. **ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**
2. **CLS chẩn đoán**

* Đường huyết mao mạch, công thức máu, đông máu toàn bộ, amoniac máu, CT scan não không cản quang, BUN, creatinine, chọc dò dịch báng (tế bào, sinh hóa, vi sinh), cấy máu, CRP.

1. **CLS thường quy**

* Bilirubin máu, AST, ALT
* Albumin, protein
* Lipid máu: cholesterol toàn phần, Triglycerid, LDL, HDL
* Tổng phân tích nước tiểu
* X-quang ngực thẳng
* Siêu âm bụng
* ECG

1. **KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**
2. Công thức máu(12/03/2022)



Diagram

Description automatically generated

Không tăng bạch cầu, không thiếu máu

Tiểu cầu bình thường

1. Đông máu(12/03/2022)

A picture containing table

Description automatically generated

PT và INR tăng phù hợp với tình trạng xuất huyết trên lâm sàng

1. Sinh hóa(12/03/2022)

A picture containing chart

Description automatically generated

Đường huyết 168 mg/dL -> loại trừ nguyên nhân tăng và hạ đường huyết

Creatnine 2,35 mg/dL -> tăng 65% so với creatinin nền -> Tổn thương thận cấp, BUN/Cre =48, bệnh nhân không sử dụng thuốc độc thận, độc chất, không sốt phát ban, không bí tiểu nên nghĩ tổn thương thận cấp trước thận.

Hạ Na nhẹ, chưa tới ngưỡng gây triệu chứng thần kinh: có thể do bệnh nhân đi tiêu nhiều lần, bệnh thận mạn hay do tình trạng xơ gan hoặc giảm nhâp do bệnh nhân ăn uống kém

Tăng K máu:

Đường huyết không rõ là đường huyết đói hay bất kỳ, bệnh nhân có béo phì độ I nên cần làm HbA1C và đo đường huyết đói để tầm soát ĐTĐ type II

Bilirubin TP tăng cao uuw thế trực tiếp, albumin máu giảm nhẹ

CRP tăng cao gợi ý tình trạng nhiễm trùng

1. Siêu âm bụng:

Text

Description automatically generated

1. Dịch màng bụng

Diagram

Description automatically generated

Dịch vàng đục + Neu: 2694 tế bào và chiếm ưu thế -> Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát

7. CT não

Text, letter

Description automatically generated

Text, letter

Description automatically generated

* + Loại trừ đột quỵ

1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Bệnh não gan độ III – YTTD Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát + Hạ Na máu , tổn thương thận cấp trước thận – Xơ gan Child Pugh C– Dãn tĩnh mạc thực quản độ II- Theo dõi HCC –BTM giai đoạn 3 – THA – ĐTD type 2

1. **ĐIỀU TRỊ**

1.Lúc nhập viện

* Nhập viện
* Nằm đầu cao
* Piperaciliin/tazobactam 4g/0,5g x 4 Ca này lâm sàng nặng + mới xuất viện 2 tuần nên cho kháng sinh mạnh chút
* Rifaximin 550 mg 1 v x2 ( Ca này có hỏi anh là đã xài Piper
* Humalin Albumin 30%
* Insulin Actrapid 100UI/10ml 0,01 ml TB HIện tại không cần cho, vài ngày sau rồi cho
* Lactulose 15ml 1 gói x 2 Ca này không dùng dù có tác dụng làm giảm NH3 máu nhưng ca này đi tiêu nhiều rồi, đang hạ Na, AKI nên k dùng
* Thêm thuốc Hạ Kayexalte
* Hội chuẩn Nội thận chạy thận nhân tạo

2.Ổn định

- Carvedilol 12,5 mg 0,5 viên x 2

- Nofloxacin 400 mg 1 viên x 1

- Rifaximin 550 mg 1 viên x 1

- Lactolose 15 ml 1 gói x 2

- Amlodipine 5 mg 1 viên x1

- Insulin S 14UI – C 12UI

-

1. **TIÊN LƯỢNG**
2. **Tiên lượng đợt điều trị hiện tại**

Kém

1. **Tiên lượng xa**

Bệnh nhân có bệnh xơ gan child C, theo dõi HCC nhiều bệnh nền THA, ĐTD, BTM nên tương lượng xe kém